

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN VULNUS ICTUM
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG INSTALASI GAWA DARURAT
RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**DISUSUN OLEH :
YENNY MACHMUDA, S. KEP
13.113082.3.0041**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA 2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Vulnus Ictum dengan Nyeri Akut
di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda Tahun 2015**

Yenny Machmudah¹, Maridi M. Dirdjo²

INTISARI

Vulnus/luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Vulnus Ictum sendiri yaitu Luka yang disebabkan akibat tertusuk benda runcing yang kedalamannya lebih dari lebarnya. Penyebabnya rata-rata ketusuk paku, jarum, kawat, danduri, Dari beberapa pasien yang saya temui di IGD yang mengalami luka tusuk paku di kaki, sebanyak hampir 90% pasien mengeluhkan nyeri pada luka tusuk dikakinya di Ruang Instalasi Gawat Darurat Abdul Wahab Syahranie. Karya Ilmiah Akhir Ners bertujuan untuk menganalisis intervensi mengontrol nyeri dengan tehnik guided imagery dikombinasikan dengan terapi music pada pasien dengan diagnose vulonus ictum di Instalasi Unit Gawat Darurat Abdul Wahab Syahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan perubahan skala nyeri pada pasien vulnus ictum setelah dilakukan tehnik guided imagery guna mengontrol nyeri.

Kata Kunci : Guided Imagery dan Terapi musik, Vulnus Ictum, Nyeri Akut

Analysis of Nursing Clinical Practice in Vulnus Ictum Patients with Acute Vulnus Ictum in the Installation Emergency Unit of Abdul Wahab Syahranie Hospital Samarinda

Yenny Machmudah¹, Maridi M. Dirdjo²

ABSTRACT

Vulnus / wound is a state of dissolution of continuity of body tissue which can cause disruption of the function of the body so that it can interfere with daily activities. vulnus Ictum its self is wound caused as a result of the sharp object puncture wound dept over width. Its causes are punctured by nails, needles, wire, and thorns. Some patient who encountered with me in the Emergency Unit suffered feet skewer wound with nails, as much as nearly 90% of patient complained of pain in this feet injures in Emergency Unit of Abdul Wahab Sjahranie hospital. This Nursing Final Scientific Papers aims to analyze the intervention of controlling pain by guided imagery techniques combined with music therapy in patients with a diagnosis vulnus ictum in the Emergency Unit Instalation of Abdul Wahab Sjahranie Hospital In Samarinda. The analysis showed that the scale of pain in vulnus ictum patient after using guided imagery technique to control pain.

Key Word: Guided Imagery dan Music Therapy , Vulnus Ictum, Pain Acute

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kulit merupakan bagian tubuh paling luar yang berguna melindungi diri dari trauma luka serta masuknya benda asing . Apabila kulit terkena trauma, maka dapat menyebabkan luka, yaitu suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari (Jong W, 2005). Apabila kulit mengalami trauma maka bisa menyebabkan vulnus.

Luka adalah hilangnya atau rusaknya sebagian jaringan tubuh. Keadaan ini dapat disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik, atau gigitan hewan (Jong, W, 2005).

Penanganan terhadap luka bermacam-macam, tergantung dari jenis dan penyebab luka tersebut. Beberapa jenis luka yang sering ditemukan dalam kehidupan sehari-hari di antaranya adalah luka lecet (*vulnus excoratio*) dan luka tusuk (*vulnus ictum*). Hal yang biasanya dilakukan pertama kali pada penanganan luka adalah pembersihan luka yang kemudian diakhiri dengan pemberian obat antiseptik.

Vulnus/luka adalah keadaan dimana kontinuitas jaringan rusak bisa akibat trauma, kimiawi, listrik radiasi (Reksoprodjo, 2005).Vulnus/luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari(Hidayat, 1995).

Vulnus Ictum sendiri yaitu Luka yang disebabkan akibat tertusuk benda runcing yang kedalamannya lebih dari lebarnya. Penyebabnya rata-rata tertusuk paku, jarum, kawat, dan duri, Kasus luka tusuk sering kita temukan, terutama di instalasi gawat darurat RSUD

Abdul Wahab Sjahranie, terhitung dari data yang didapat 3 bulan terakhir ini terdapat sebanyak 75 kasus luka tusuk, yaitu *vulnus ictum*. Hanya saja yang sering ditangani di IGD yaitu luka tusuk kecil dikaki, dan paling sering terjadi yaitu tertusuk paku. Dari beberapa pasien yang saya temui di IGD yang mengalami luka tusuk paku di kaki, sebanyak hampir 90% pasien mengeluhkan nyeri pada luka tusuk dikakinya.

Nyeri itu sendiri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer dan Bare, 2001).

Intensitas nyeri gambaran seberapa parah nyeri yang dirasakan individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan obyektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2006).

Dari hasil observasi yang dilakukan penulis pada tanggal 4-10 Februari 2015 pada Bpk. M., Bpk. S, dan Bpk. A di ruang IGD RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda di dapatkan keluhan nyeri akut pada klien. Apabila nyeri yang dialami oleh klien tidak segera diatasi maka akan mengganggu aktifitas lain klien, seperti kebutuhan tidur dan istirahat.

Dalam hal ini, saya sebagai perawat akan membantu pasien yang mengalami nyeri karena luka tusuk di kakinya untuk dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Menggunakan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien selama dilakukan tindakan membersihkan luka pada kakinya.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan Nyeri Akut pada pasien Vulnus Ictum di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan karya ilmiah Akhir-Ners ini (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien Vulnus Ictum di Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M, Tn. S, Tn. A yang mengalami nyeri akut akibat vulnus ictum dalam hal ini:

- a. Pengkajian
- b. Merumuskan diagnose keperawatan
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan
- d. Melakukan implementasi
- e. Melakukan evaluasi

D. Manfaat Penelitian

1. Penulis

Asuhan keperawatan akan memberikan wawasan yang luas mengenai masalah keperawatan mengenai klien nyeri akut dengan Vulnus Ictum.

2. Instansi

a. Pendidikan

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar tentang masalah keperawatan mengenai klien nyeri akut dengan vulnus ictum.

b. Rumah Sakit

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada klien dengan vulnus ictum.

c. Profesi keperawatan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dibidang Keperawatan Gawat Darurat tentang Asuhan Keperawatan nyeri akut pada klien dengan vulnus ictum.

d. Pasien

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada pembaca tentang manajemen nyeri pada klien dengan vulnus ictum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Definisi Luka

Luka adalah suatu gangguan dari kondisi normal pada kulit (Taylor, 1997). Luka adalah kerusakan kontinuitas kulit, mukosa membran dan tulang atau organ tubuh lain (Kozier, 2004). Definisi lainnya yaitu Luka adalah rusaknya struktur dan fungsianatomis kulit normal akibat proses patologis yang berasal dari internal maupun eksternal dan mengenai organ tertentu. Ketika luka timbul, beberapa efek :

1. Hilangnya seluruh atau sebagian fungsi organ
2. Respon stres simpatis
3. Perdarahan dan pembekuan darah
4. Kontaminasi bakteri
5. Kematian sel

2. Klasifikasi Luka

a. Status Integritas Kulit

- 1) Luka terbuka adalah luka melibatkan robekan pada kulit atau membran mukosa, misalnya trauma benda tajam, insisi bedah, luka tembak.
- 2) Luka tertutup adalah Luka tanpa robekan pada kulit, misalnya bagian tubuh yang terpukul benda tumpul sehingga terjadi keseleo.
- 3) Luka akut adalah luka yang mengalami proses penyembuhan , yang terjadi akibat proses perbaikan integritas fungsi dan anatomik secara terus menerus dengan tahap dan waktu yang normal.

- 4) Luka kronik adalah Luka yang gagal melewati proses perbaikan untuk mengembalikan integritas fungsi dan anatomik sesuai dengan tahap dan waktu yang normal.
- b. Berdasarkan penyebab
 - 1) Disengaja adalah luka akibat terapi (insisi bedah)
 - 2) Tidak disengaja adalah luka yang terjadi tanpa diharapkan (luka bakar, teriris pisau)
 - c. Tingkat keparahan
 - 1) Permukaan adalah luka hanya mengenai lapisan epidermis (abrasi, luka bakar grade 1).
 - 2) Penetrasi adalah luka yang menyebabkan rusaknya lapisan epidermis, dermis dan jaringan atau organ yang lebih dalam, seperti luka tembak.
 - 3) Perforasi adalah luka penetrasi akibat adanya benda asing yang masuk kedalam dan keluar organ dalam tubuh.
 - d. Kebersihan luka
 - 1) Luka bersih adalah luka tidak mengandung organisme patogen, seperti luka bedah tertutup yang tidak mengenai saluran pencernaan, pernafasan, saluran kemih dll
 - 2) Terkontaminasi-bersih adalah luka dalam kondisi aseptik tetapi melibatkan rongga tubuh yang secara normal mengandung mikroorganisme, seperti luka bedah pada saluran GI, pernafasan, genitalia, rongga orofaring dalam kondisi terkontrol.

- 3) Luka terkontaminasi adalah Luka berada pada kondisi yang mungkin mengandung mikroorganisme, seperti luka terbuka, traumatik, kecelakaan, luka bedah tanpa aseptik yang baik.
- 4) Luka terinfeksi adalah terdapat bakteri pada luka, seperti luka yang tidak sembuh yang didalamnya terdapat bakteri.
- 5) Luka terkolonisasi adalah luka mengandung mikroorganisme (biasanya multiple), seperti luka kronik dan ulkus.

e. Jenis penyebab luka

Mekanik Tajam, Tumpul, ledakan

1. Vulnus Scissum adalah Luka sayat pinggir rapi, tersayat benda tajam.
2. Vulnus Contusum adalah luka memar cedera pada jaringan bawah kulit, akibat benda tumpul/terbentur.
3. Vulnus Laceratum adalah Luka robek, jaringan yang rusak dengan luka agak dalam misal tergilas mesin.
4. Vulnus Ictum adalah Luka tusuk, luka bagian kecil [mulut luka] tapi bagian dalam besar bisa melukai alat-alat lain, benda runcing.
5. V. Seloferadum/balistik adalah luka tembak, pinggir luka kehitaman akibat tembakan/peluru.
6. V. Morcum adalah luka gigitan, yaitu luka yang terbentuknya tidak jelas tergantung dari gigi.
7. V. Abrasio adalah luka terkikis, luka hanya bagian luar kulit/belum mengenai pembuluh darah.

f. Proses Penyembuhan Luka

1. Vascular response : beberapa detik setelah terjadinya luka pada tipe apapun, respon tubuh dengan penyempitan pembuluh darah (konstriksi) untuk menghambat perdarahan dan mengurangi pajanan terhadap bakteri. Pada saat yang sama, protein membentuk jaringan fibrosa untuk menutup luka. Ketika trombosit bersama protein menutup luka, luka menjadi lengket dan lemb membentuk fibrin. Setelah 10-30 menit setelah terjadinya luka, pembuluh darah melebar karena serotonin yang dihasilkan trombosit. Plasma darah mengalir luka dan melawan toxin yang dihasilkan microorganism, membawa oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka dan membawa agen fagosit untuk melawan bakteri maupun jaringan yang rusak.
2. Inflamasi : Bagian luka akan menjadi hangat dan merah karena aproses fagositosis. Fase inflamasi terjadi 4-6 hari seteah injury. Tujuan inflamasi untuk membatasi efek bakteri dengan menetralkan toksin dan penyebaran bakteri.
3. Proliferasi/resolusi : penumpukan deposit kolagen pada luka, angiogenesis (pembentukan pembuluhdarah baru), proliferasi dan pengecilan lebar luka. Fase ini berhenti 2 mgg setelah terjadinya luka, tetapi proses ini tetap berlangsung lambat 1- 2 tahun. Fibroblast mensistesis kolagen dan menumbuhkan sel baru. Miofibroblas menyebabkan luka menyempit, bila tidak terjadi penyempitan akan terjadi kematian sel. Contohnya jika terjadi

scar atau kontraktur. Epitelisasi adalah perpindahan sel epitel dari area sekitar folikel rambut ke area luka. Perpingahan tersebut terbatas 3 cm. Epitelisasi akan lebih cepat jika luka dalam keadaan lembab.

4. Maturasi/rekonstruksi : fase terakhir penyembuhan dengan remodelling scar yang terjadi. Biasanya terjadi selama setahun atau lebih setelah luka tertutup. Selama fase ini fibrin dibentuk ulang, pembuluh darah menghilang dan jaringan memperkuat susunannya. Remodeling ini mencakup sintesis dan pemecahan kolagen.

g. Faktor yang Mempengaruhi Luka

1. Usia

Anak dan dewasa penyembuhannya lebih cepat daripada orang tua. Orang tua lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah.

2. Nutrisi

Penyembuhan menempatkan penambahan pemakaian pada tubuh. Klien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, dan mineral seperti Fe, Zn. Klien kurang nutrisi memerlukan waktu untuk memperbaiki status nutrisi mereka setelah pembedahan jika mungkin

3. Infeksi

Infeksi luka menghambat penyembuhan. Bakteri sumber penyebab infeksi. Sirkulasi (hipovolemia) dan Oksigenasi Sejumlah kondisi fisik dapat mempengaruhi penyembuhan luka. Adanya sejumlah besar lemak

subkutan dan jaringan lemak (yang memiliki sedikit pembuluh darah). Pada orang-orang yang gemuk penyembuhan luka lambat karena jaringan lemak lebih sulit menyatu, lebih mudah infeksi, dan lama untuk sembuh. Aliran darah dapat terganggu pada orang dewasa dan pada orang yang menderita gangguan pembuluh darah perifer, hipertensi atau diabetes mellitus. Oksigenasi jaringan menurun pada orang yang menderita anemia atau gangguan pernapasan kronik pada perokok. Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

4. Benda asing

Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme akan menyebabkan terbentuknya suatu abses sebelum benda tersebut diangkat. Abses ini timbul dari serum, fibrin, jaringan sel mati dan lekosit (sel darah merah), yang membentuk suatu cairan yang kental yang disebut dengan nanah(Push).

5. Diabetes

Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel. Akibat hal tersebut juga akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh.

h. Komplikasi Penyembuhan Luka

Komplikasi dan penyembuhan luka timbul dalam manifestasi yang berbeda-beda. Komplikasi yang luas timbul dari pembersihan luka yang tidak

adekuat, keterlambatan pembentukan jaringan granulasi, tidak adanya reepitalisasi dan juga akibat komplikasi post operatif dan adanya infeksi.

Beberapa komplikasi yang mungkin terjadi adalah : hematoma, nekrosis jaringan lunak, *dehiscence*, keloids, formasi hipertropik scar dan juga infeksi luka (InETNA,2004:6).

i. Penatalaksanaan

1) Keperawatan

- a). Bersihkan luka dengan cairan NaCl
- b). Anastesi luka dengan menggunakan lidocaine
- c). Melakukan tindakan cross insisi
- d). Tekan luka dengan menggunakan betadine
- e). Tutup luka dengan menggunakan kain kasa steril
kemudianrekatkan dengan plester
- f). Anjurkan agar control kembali setelah 2 hari.

2). Farmakologi

- a). Berikan suntikan TT
- b). Berikan obat antibiotik dan analgetik.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2007).

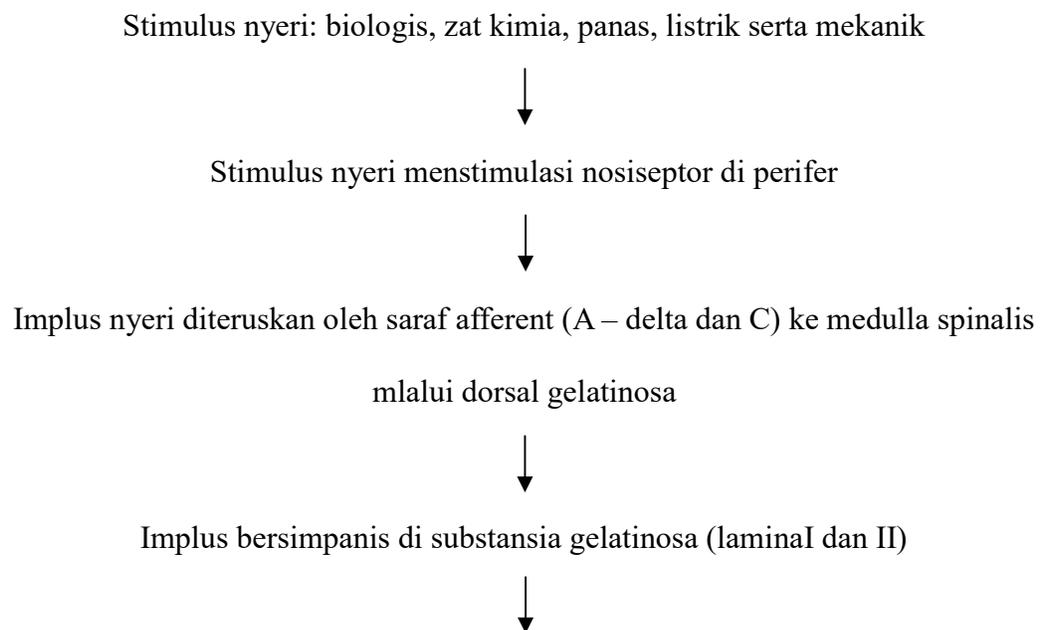
Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri adalah sensori

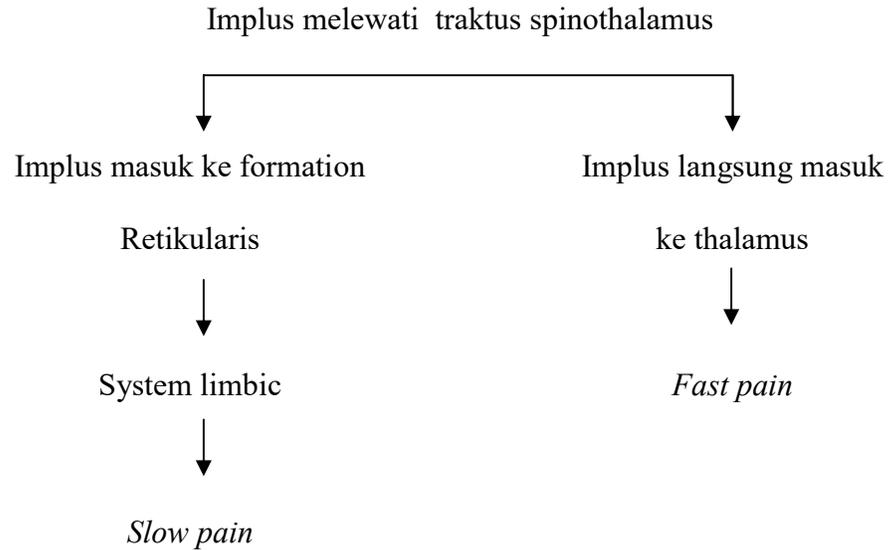
subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Smeltzer dan Bare, 2002).

Nyeri merupakan kondisi berupa kondisi perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya pada orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Respon perilaku terhadap nyeri dapat mencakup: pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak nafas, mendengkur), ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir), Pasien dapat tampak rileks dan terlibat dalam aktivitas karena menjadi mahir dalam mengalihkan perhatian terhadap nyeri (Potter dan Perry, 2006).

2. Proses terjadinya nyeri





- Timbul respon emosi
- Respon otonom: TD meningkat, keringat dingin

Gambar 2.1 Proses Terjadinya Nyeri

3. Teori nyeri

Nyeri merupakan suatu fenomena yang penuh rahasia. Ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme transmisi nyeri, diantaranya:

- a. Teori pola (*Pattern Theory*) adalah nyeri yang terjadi karena efek-efek kombinasi intensitas stimulus dan jumlah impuls-impuls pada dorsal ujung dari sum-sum belakang. Tidak termasuk aspek-aspek fisiologi.
- b. Teori pemisahan (*specificity theory*) Reseptor-reseptor nyeri tertentu menyalurkan impuls-impuls keseluruhan jalur nyeri ke otak. Tidak memperhitungkan aspek-aspek fisiologis dari persepsi dan respon nyeri.
- c. Teori pengendalian gerbang (*gate control theory*) Impuls-impuls nyeri dapat dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal dari

sum-sum belakang untuk memungkinkan atau menahan transmisi. Faktor-faktor gerbang terdiri dari efek impuls-impuls yang ditransmisi ke serabut-serabut saraf konduksi cepat atau lambat dan efek-efek impuls dari batang otak dan korteks.

- d. Teori transmisi dan inhibisi. Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat endogen opiate system superfisial (Smeltzer dan Bare, 2001).

4. Klasifikasi nyeri

Terdapat dua tipe nyeri yaitu:

- a. Nyeri akut

Nyeri ini bersifat mendadak, durasi singkat, biasanya berhubungan dengan kecemasan. Orang biasa meresponnya dengan cara fisiologis yaitu diaforesis, peningkatan denyut jantung, peningkatan pernafasan, peningkatan tekanan darah dan dengan perilaku. Nyeri akut merupakan mekanisme yang berlangsung kurang dari enam bulan, secara fisiologis terjadi perubahan denyut jantung, frekuensi nafas, tekanan darah, aliran darah perifer, tekanan otot, keringat pada telapak tangan dan perubahan pada ukuran pupil

b. Nyeri kronik

Nyeri ini bersifat dalam, tumpul, diikuti dengan berbagai macam gangguan. Terjadi lambat dan meningkat secara perlahan, dimulai setelah detik pertama dan meningkat perlahan sampai beberapa detik atau menit. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sifatnya terus menerus atau intermitten. Nyeri kronik merupakan nyeri yang konsisten yang menetap sepanjang satu periode waktu dan tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak mempunyai respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronik ini sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih (Smeltzer dan Bare, 2001).

5. Pengukuran intensitas nyeri

Menurut Perry dan Potter (1993) nyeri tidak dapat diukur secara objektif misalnya dengan X-Ray atau tes darah. Namun tipe nyeri yang muncul dapat di ramalkan berdasarkan tanda dan gejala. Kadang-kadang hanya bisa mengkaji nyeri dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku pasien, serta dengan pengkajian nyeri:

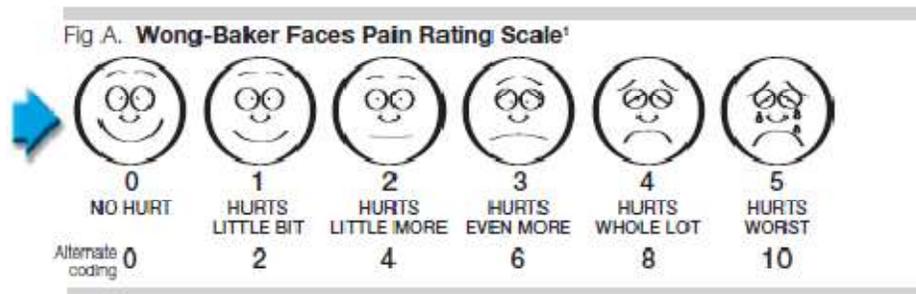
- a. P (Pemacu) : Faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri
- b. Q (*Quality*) : Kualitas nyeri dikatakan seperti apa yang dirasakan pasien misalnya, seperti diiris-iris pisau, dipukul-pukul, disayat

- c. R (*Region*) : Daerah perjalanan nyeri
- d. S (*Severity*) : Keparahan atau intensitas nyeri
- e. T (*Time*) : Lama/ waktu serangan atau frekuensi nyeri (Hidayat, 2008).

Ada beberapa skala penilaian nyeri pada pasien

a. *Baker Faces Scale Wong Pain Rating*

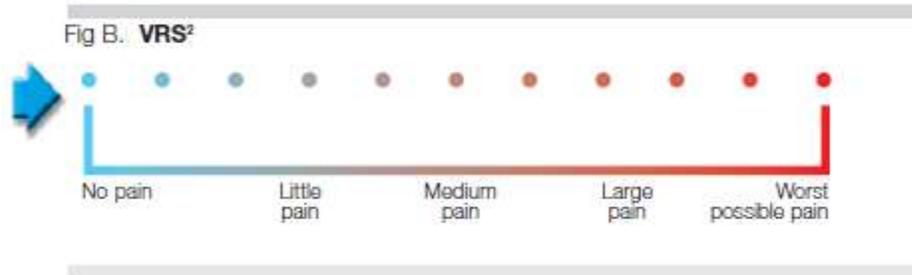
Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Gambar 2.2 Penilaian Nyeri Menurut Baker *Faces Scale Wong Pain Rating*

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan berdasarkan skala lima poin ; tidak nyeri, ringan, sedang, berat dan sangat berat.



Gambar 2.3 Gambar 1.2 Penilaian nyeri menurut *Baker Faces Scale Wong Pain Rating*

c. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Pertama sekali dikemukakan oleh Downie dkk pada tahun 1978, dimana pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0 – 5 atau 0 – 10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 5 atau 10 menunjukkan nyeri yang hebat.

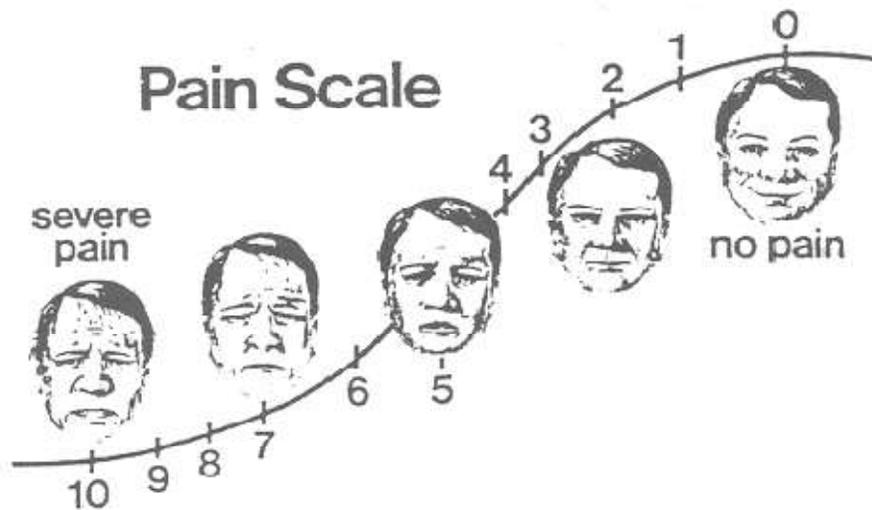


Gambar 2.4 Penilaian nyeri menurut *Numerical Rating Scale (NRS)*

d. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala yang pertama sekali dikemukakan oleh Keele pada tahun 1948 yang merupakan skala dengan garis lurus 10 cm, dimana awal garis (0) penanda tidak ada nyeri dan akhir garis (10) menandakan nyeri hebat. Pasien diminta untuk membuat tanda digaris tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan. Penggunaan skala VAS lebih gampang, efisien dan lebih mudah dipahami oleh penderita dibandingkan dengan skala lainnya. Penggunaan

VAS telah direkomendasikan oleh Coll karena selain telah digunakan secara luas, VAS juga secara metodologis kualitasnya lebih baik, dimana juga penggunaannya relatif mudah, hanya dengan menggunakan beberapa kata sehingga kosa kata tidak menjadi permasalahan. Willianson dkk juga melakukan kajian pustaka atas tiga skala ukur nyeri dan menarik kesimpulan bahwa VAS secara statistik paling kuat rasionya karena dapat menyajikan data dalam bentuk rasio. Nilai VAS antara 0 – 4 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia. Nilai VAS > 4 dianggap nyeri sedang menuju berat sehingga pasien merasa tidak nyaman sehingga perlu diberikan obat analgesic penyelamat (*rescue analgetic*).



Gambar 2.5 Penilaian nyeri menurut *Visual Analogue Scale (VAS)*

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri.
- 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

- 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi rasa nyeri.
- 10 : Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

(Smeltzer, 2006)

Respon nyeri setiap individu berbeda-beda ,hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah:

a. Usia

Menurut Potter dan Perry (2006) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak, remaja dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak, remaja dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Sedangkan menurut Tamsuri (2007) menyatakan bahwa anak-anak lebih kesulitan untuk memahami nyeri sedangkan orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

b. Jenis Kelamin

Hidayat (2006) menyatakan bahwa arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian mengartikan nyeri merupakan hal yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-

lain. Keadaan ini lebih sering dipengaruhi oleh jenis kelamin. Menurut Burn, dkk (1989, yang dikutip dalam Potter dan Perry 2006) bahwa kebutuhan narkotik post operatife pada wanita lebih banyak dibandingkan dengan pria. Ini menunjukkan bahwa individu berjenis kelamin perempuan lebih mengartikan negatif terhadap nyeri.

c. Kultur

Ernawati (2010) menyatakan bahwa orang akan belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri. (Ex: suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan, jadi mereka tidak mengeluh jika merasakan nyeri)..

d. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990) perhatian yang meningkat. dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Teknik relaksasi, guided imagery merupakan teknik untuk mengatasi nyeri.

e. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan cemas bersifat kompleks, cemas meningkatkan persepsi terhadap nyeri dan nyeri bisa menyebabkan seseorang cemas (Prasetyo, 2010). Pernyataan yang sama juga dikemukakan oleh Gill (1990, dalam Ernawati 2010), yang melaporkan

adanya suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

f. Pengalaman Masa Lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri. Bagi beberapa orang, nyeri masa lalu dapat saja menetap dan tidak terselesaikan, seperti pada nyeri berkepanjangan atau kronis dan persisten (Smeltzer dan Bare, 2002).

g. Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

h. *Support* keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan (Potter & Perry, 2006).

6. Penatalaksanaan Nyeri

Ada dua pendekatan yang digunakan untuk mengatasi nyeri, yaitu pendekatan farmakologi dan non farmakologi:

- a. Pendekatan farmakologi, merupakan tindakan kolaborasi antara perawat dengan dokter, yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Analgesik merupakan metode umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar dan adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat (Potter & Perry, 2006). Ada tiga jenis obat analgesik yang dipakai, yaitu non narkotik dan *Non Steroid Anti Inflammation Drug* (NSAID), narkotik atau opiate, dan obat tambahan/ koanalgesik. Pada nyeri ringan sampai sedang digunakan NSAID. Karena NSAID diyakini dapat menghambat prostaglandin dan menghambat seluler selama inflamasi serta bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri (Potter dan Perry, 2006).
- b. Non farmakologi, merupakan tindakan mandiri perawat untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri, misalnya dengan teknik biofeedback, Transcutan Electric Nervous Stimulating (TENS), 25 relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi, terapi bermain, acupressure, aplikasi panas/ dingin, massage, dan hipnosis (Mc Closkey dan Bulecheck, 2000).

C. Konsep Guided Imagery

1. Definisi

Guided imagery adalah metode relaksasi untuk menghayalkan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan. Khayalan tersebut memungkinkan klien memasuki keadaan atau pengalaman relaksasi (Kaplan & Sadock, 2010). Guided imagery menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer & Bere, 2002).

Imajinasi bersifat individu dimana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing. Banyak teknik imajinasi melibatkan imajinasi visual tapi teknik ini juga menggunakan indra pendengaran, pengecap, dan penciuman (Petter & Perry, 2009).

Guided imagery mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien kearah relaksasi . Guided imagery menekankan klien membayangkan hal-hal yang nyaman dan menenangkan.

Tujuan dari guided imagery yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Potter & Perry, 2009). Menurut Smeltzer dan Bare (2002), manfaat dari guided imagery yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengetahui kecemasan, stres, dan mengontrol nyeri.

2. Langkah dalam melakukan guided imagery

Untuk melakukn guided imagery untuk persiapan, mencari lingkungan yang bebas dari distraksi diperlukan oleh subjek guna berfokus pada imajinasi dan harus

memahami secara lengkap tentang apa yang harus dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Selanjutnya memberikan kebebasan pada subjek, membantu subjek ke posisi yang nyaman dengan cara :

- a). membantu subjek untuk bersandar dan membantu menutup matanya.
- b). memposisikan nyaman dapat meningkatkan fokus subjek selama latihan imajinasi.
- c). berbicara jelas dengan nada suara yang tenang dan netral, meminta subjek menarik nafas dalam dan perlahan untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan, mendorong subjek untuk menggunakan semua indranya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut.
- d). meminta subjek untuk menjelaskan perasaan fisik dan emosionalnya yang ditimbulkan oleh bayangannya.

D. Efektifitas terapi musik

1. Pengertian

Efektifitas terapi musik digunakan dalam menurunkan nyeri fisiologis. Musik terbukti menunjukkan efek positif yaitu menurunkan denyut jantung, mengurangi cemas, menghilangkan nyeri, dan mengubah persepsi waktu (Potter & Perry, 2006). Seseorang yang mendengarkan musik akan memfokuskan pikiran dan perhatiannya (konsentrasi pikiran) pada suara atau irama musik yang diterimanya, sehingga fokus perhatiannya terhadap nyeri atau stimulus nyeri teralihkan atau berkurang. Selain itu terapi musik juga merupakan proses kognitif yang diduga dapat menstimulasi sistem kontrol desenden melalui mekanisme produksi dan kerja endorfin, sehingga dengan adanya

stimulasi kontrol desenden maka area “gerbang” akan menutup transmisi nyeri menuju otak. Hasilnya transmisi impuls suara musik yang lebih banyak dan lebih dahulu mencapai otak akan menghambat (mengurangi) transmisi impuls nyeri menuju otak, akibatnya persepsi terhadap nyeri menurun (Smeltzer dan Bare, 2002).

2. Manfaat terapi musik menurut Natalina (2013) sebagai berikut :

a. Musik pada bidang kesehatan

Menurunkan tekanan darah, melalui ritmik musik yang stabil memberi irama teratur pada sistem kerja jantung manusia.

b. Menstimulasi kerja otak, mendengar musik dengan harmoni yang baik akan menstimulasi otak untuk melakukan proses analisa terhadap lagu tersebut.

c. Meningkatkan imunitas tubuh, suasana yang ditimbulkan oleh musik akan mempengaruhi sistem kerja hormon manusia, jika kita mendengar musik yang baik atau positif maka hormon yang meningkatkan imunitas tubuh juga akan berproduksi.

Guide Imagery and Music Terapi yang disusun secara berurutan guna mendukung, membangkitkan dan memperdalam pengalaman yang terkait dengan kebutuhan psikologis dan fisiologis. Sepanjang perjalanan musik yang didengar, klien diberi kesempatan untuk menghayati berbagai aspek kehidupannya melalui perjalanan imajinatif. Musik yang berjalan akan membantu klien mendekonstruksikan kisah kehidupan lama dan menstimulasinya

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAM

A. Kasus I	
1. Pengkajian	27
2. Perumusan masalah	29
B. Kasus II	
1. Pengkajian.....	30
2. Perumusan masalah.....	33
C. Kasus III	
1. Pengkajian	34
2. Perumusan masalah	36
D. Intervensi Keperawatan	37
E. Intervensi Inovasi	39
F. Implementasi inovasi dan evaluasi	41

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik.....	46
B. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	47
C. Analisis Salah Satu Intervensi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.....	48
Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan	51

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa:

1. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa medis Vulnus Ictum dengan:
 - a. Tn. S umur 35 Tahun dengan Keluhan utama yang dirasakan oleh klien adalah Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki kanan karena tertusuk paku saat bekerja, ketika bekerja klien tidak memakai alas kaki, setelah banyak darah keluar dari kakinya klien langsung dibawa ke Instalasi Gawat Darurat pada pukul 15.00 WITA. Skala yg dirasakan dengan klien skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, durasi nyeri \pm 2.
 - Bpk. M umur 22 tahun dengan Keluhan utama yang dirasakan oleh klien adalah Klien mengatakan nyeri pada jari kaki kiri karena tertusuk duri saat berjalan melewati rumput, setelah banyak darah dan terasa nyeri di kakinya klien merasa ketakutan dan cemas dengan luka di jari kakinya dan langsung dibawa ke Instalasi Gawat Darurat pada pukul 20.00. WITA. Skala yg dirasakan klien dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, durasi nyeri \pm 2.
 - Bpk. A umur 30 tahun Keluhan utama yang dirasakan oleh klien adalah Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki kiri karena tertusuk paku saat berjalan melewati jembatan kayu, setelah banyak darah dan terasa nyeri di kakinya klien langsung dibawa ke Instalasi

Gawat Darurat pada pukul 19.00.00 WITA. Skala yg dirasakan klien dengan skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, durasi nyeri \pm 2.

- b. Diagnosa Keperawatan yang muncul pada ketiga kasus adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan Trauma, dan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik.
- c. Pada perencanaan intervensi keperawatan ketiga kasus menetapkan tujuan dengan beberapa indikator pencapaian.

Intervensi nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik, dengan NOC (*Nursing Outcome Classification*) kontrol nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 jam nyeri dapat teratasi dari skala 1 (penyimpangan berat dari rentang normal) menjadi skala 5 (tidak ada penyimpangan dari rentang normal), dengan kriteria hasil: mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri), tanda vital dalam rentang normal. NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang muncul adalah manajemen nyeri: melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi, mengajarkan tentang teknik non farmakologi: guided imagery dan musik, membantu pasien

dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, memonitor vital sign.

- d. Implementasi intervensi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 7, 9 dan 12 Februari 2015. Implementasi dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik: melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, mengajarkan tentang teknik non farmakologi: guided imagery dan terapi, dan memberikan obat analgetik serta memonitor vital sign
 - e. Evaluasi yang dilakukan Pada kasus Bpk. S, klien mengatakan nyerinya sudah mulai berkurang dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 3 setelah melakukan teknik relaksasi guided imagery dan musik, tanda-tanda Tekanan darah: 130/80 mmHg, Nadi: 93 x/menit, pernafasan: 24 x/menit, suhu: 36,3⁰C, wajah klien terlihat lebih tenang dan rileks serta klien dapat beristirahat. Pada Bpk. M didapatkan klien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 5 menjadi skala 2 setelah diberikan guided imagery dan musik, tanda-tanda vital klien Td: 120/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, RR: 20 x/menit, T: 36,1⁰C, wajah klien terlihat lebih tenang dan lebih rileks. Pada Bpk. A didapatkan nyeri sudah mulai berkurang dari skala 5 menjadi skala 2 setelah diberikan guided imagery dan musik, tanda-tanda vital Td: 110/80 mmHg, N: 95 x/menit, RR: 22 x/menit, dan T: 36,1⁰C.
2. Kombinasi guided imagery dan terapi musik akan membuat emosi pasien menjadi positif sehingga menimbulkan rasa nyaman karena dapat membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi

terhadap nyeri dan tubuh meresponnya dengan penurunan denyut jantung, penurunan respirasi dan penurunan ketegangan otot, .

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

- a. Melakukan intervensi guided imagery dan terapi musik di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebagai upaya menurunkan intensitas atau skala nyeri pada penderita vulnus ictum.
- b. Mengoptimalkan intervensi guided imagery dan terapi musik dengan membuat SOP tentang guided imagery dan terapi musik sehingga dapat dilaksanakan di ruang instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

- a. Mengembangkan intervensii keperawatan dalam mengelola penderita vulnus ictum khususnya nyeri sebagai intervensi inovasi
- b. Meningkatkan kemampuan perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien

3. Bagi Pofesi Keperawatan

Guided imagery dan Terapi musik dapat dijadikan intervensi inovasi pada penderita vulnus ictum dalam menurunkan intensitas nyeri

4. Bagi Pasien

Guided Imagery dan terapi musik dapat menurunkan intensitas nyeri, untuk mendapatkan hasil yang maksimal tindakan ini perlu dilakukan secara teratur dan bersungguh-sungguh bagi penderita vulnus ictum.

5. Bagi peneliti

Dapat dijadikan data guna mendukung penelitian pada pasien vulnus ictum dengan intervensi guided imagery dan terapi musik.

DAFTAR PUSTAKA

- Potter, P.A & Perry (2002), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Jakarta : EGC*
- Jong, W. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2. Jakarta : EGC*
- Hidayat. (2007), *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika : Jakarta*
- Kozier (2004). *Fundamental Of Nursing, Concepts Process and Practice New Jersey*
- Potter, Perry. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Pratik, Edisi 4, Volume 2. Jakarta : EGC*
- Smeltzer, C. Suzanne. Bare G. Brenda, (2002) *Buku Ajar Keperawatan Medikal- Bedah . Jakarta : EGC*
- Djohan. (2006) . *Terapi Musik Teori, dan Aplikasi. Yogyakarta : Galang Press*
- Potter , Perry (2009). *Fundamental Of Nursing (Fundamental Keperawatan). Buku & Edisi 7, Jakarta : Salemba Medika*
- Prasetyo, Sigit Nian. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta: Graha Ilmu*
- Tamsuri, Anas. (2006). *Konsep & Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta: EGC*
- Ira Suarilah , Erna Dwi Wahyuni, & Ryan Reza (2013) *Guided Imagery and Music Menurunkan Intensitas Nyeri Pasien Post Section Caesarea Berbasis Adaptasi Roy. <http://www.jurnal.unair.sac.id>.*
- Candra kristianto (2013). *Efektifitas Relaksasi Nafas Dalam Dan Guided Imagery Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sectio Caesare dki IRNA D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandao Manado*

[http://www.jurnal.keperawatan efektifitas nyeri.sac.id](http://www.jurnal.keperawatan.efektifitas.nyeri.sac.id).

Yayuk Dwirahayu (2014). *Efektifitas Terapi Musik Terhadap Penurunan Nyeri Kala I Pada Ibu Inpartu Di Ruang Melati RSUD Dr. Harjono Ponorogo*

<http://www.jurnal.keperawatan efektifitas nyeri.sac.id>.

Fitrianiingrum, Indanah, & Suwanto (2012). *Pengaruh Tehnik Relaksasi Efflurage Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Appendictomy Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus.*

<http://www.jurnal.keperawatan efektifitas nyeri.sac.id>.

Donges, Marilyn, E. (2002). *Rencana Asuhan Keperawatan, Edisi 3*. Jakarta: EGC.